

Guillermo Ferreira Padilla

Estudiante de 4.º de medicina (Universidad Católica de Valencia, UCV); investigador en Formación en el Grupo de Investigación «Habilidades de Comunicación y Entrevista

Clínica» (ComunVista, UCV); diplomado en Fisioterapia, Universidad de La Laguna (S/c de Tenerife), XIX Promoción (2005-2008)

Correo electrónico: g.ferreirapadilla@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.011>

## Implementación y gestión de una unidad de cribado de la patología ocular del paciente diabético desde la atención primaria de salud

### Introduction and management of an eye disease screening unit for diabetic patients in primary care

Sr. Director:

A nivel oftalmológico, la cobertura de exploración del paciente diabético sigue siendo baja, incluso en pacientes con diagnóstico ya conocido de retinopatía diabética (RD)<sup>1</sup>. El cribado de la RD consiste en una exploración del fondo de ojo, ya sea con oftalmoscopio o bien con fotografía con cámara de retina no midriática<sup>2,3</sup>. Sin embargo, el enfermo diabético presenta una mayor frecuencia de glaucoma y de pérdida de agudeza visual secundaria a cataratas. Así, un abordaje integral del ojo diabético debería incluir la determinación de agudeza visual y de presión intraocular<sup>4</sup>.

La población diabética es una población atendida y controlada básicamente desde la Atención Primaria de Salud (APS). La coordinación con la atención especializada podría mejorar el control oftalmológico de esta población.

El objetivo de esta carta es el de comunicar la experiencia de implementación y gestión de una unidad de cribado de la patología ocular del paciente diabético desde el ámbito de la APS.

La unidad atiende a la población diabética conocida, mayor de 14 años, de 6 centros de atención primaria (CAP). Los profesionales que integran esta unidad y las tareas de cada uno de ellos se especifican en la [tabla 1](#).

La exploración se realiza en las consultas de oftalmología, ubicadas en 2 CAP, con disponibilidad de optotipos para la exploración de agudeza visual, tonómetro de chorro de aire para la exploración de la presión intraocular y cámara de retina no midriática, con digitalizador incorporado, para la realización de las fotografías del fondo de ojo. Los enfermos son citados, cada 2 años<sup>5</sup>, a uno u otro CAP, dependiendo de la proximidad de su lugar de residencia.

El médico de APS deriva al servicio de oftalmología a los pacientes con alteración de alguna de las exploraciones o los que presentan un fondo de ojo no visible con la cámara no midriática. El resto de pacientes siguen la citación bianual. El médico de APS de cada paciente recibe información sobre el resultado de las exploraciones realizadas y sobre la derivación o no al servicio de oftalmología.

Los médicos de APS, previamente formados, deberían poder realizar el cribado de la patología ocular de los enfer-

mos diabéticos. Las nuevas tecnologías como la cámara no midriática permiten la visualización del fondo del ojo sin dilatación ocular previa de los pacientes. Por otra parte, hay trabajos que demuestran que los médicos de APS están capacitados para realizar este cribado, observándose una buena concordancia entre la interpretación del médico de APS previamente formado y la del oftalmólogo<sup>6</sup>.

La figura del técnico optometrista facilita la realización de la exploración.

La gestión del cribado de la patología ocular diabética desde la APS puede contribuir a racionalizar la derivación a los servicios de oftalmología ya que solo se derivarán los pacientes con patología o con fondo de ojo no visible. Así, en un estudio previo, se ha observado que los oftalmólogos verían un 16% de pacientes falsos positivos pero no visitarían un 54% de pacientes diabéticos sin ningún tipo de patología<sup>6</sup>.

**Tabla 1** Unidad de cribado de patología ocular del paciente diabético

#### Unidad de atención al usuario (2 administrativos)

- Citación bianual de los pacientes diabéticos
- Programación de las visitas al servicio de oftalmología de los pacientes, según las indicaciones del médico de APS
- Registro de los resultados y de la indicación o no de derivación en la historia clínica informatizada del paciente

#### Un técnico optometrista

- Exploración de la agudeza visual
- Determinación de la presión intraocular
- Realización de fotografías de fondo de ojo con cámara de retina no midriática

#### Dos médicos de APS

- Interpretación de la exploración realizada por el optometrista
- Indicación de derivación al servicio de oftalmología en caso de patología o fondo de ojo no adecuadamente visible
- Valoración de la concordancia con los diagnósticos realizados por el oftalmólogo, en los pacientes derivados

#### Un oftalmólogo

- Formación de los médicos de APS
- Consultoría on-line, cuando los médicos de APS lo consideren oportuno
- Visita de los pacientes derivados por los médicos de APS

#### Departamento informático

- Funcionamiento y mantenimiento de los circuitos informáticos

En resumen, el oftalmólogo atendería un menor porcentaje de visitas de cribado y una mayor proporción de visitas de pacientes con patología. Esta gestión también beneficiará a los médicos de APS reduciéndoles trámites burocráticos y facilitándoles información clínica de sus pacientes.

Esta unidad deberá ser una herramienta para mejorar la cobertura y la calidad de la exploración oftalmológica y disminuir la presión asistencial de las consultas de oftalmología, repercutiendo todo ello en la mejora de la asistencia y de la satisfacción de la población diabética, lo cual es el objetivo principal de nuestra tarea como médicos.

## Bibliografía

1. Sender Palacios MJ, Vernet Vernet M, Larrosa Sáez P, Tor Figueras E, Foz Sala M. Características sociodemográficas y clínicas de una población de pacientes con diabetes mellitus. *Aten Primaria*. 2002;29:474–80.
2. Sender Palacios MJ, Maseras Bover M, Vernet Vernet M, Larrosa Sáez P, De la Puente Martorell ML, Foz Sala M. Aplicación de un método de detección precoz de retinopatía diabética en la atención primaria de salud. *Rev Clin Esp*. 2003;203:224–9.
3. Sender Palacios MJ, Montserrat Bagur S, Badia Llach X, Maseras Bover M, De la Puente Martorell ML, Foz Sala M. Cámara de retina no midriática: estudio coste-efectividad en la detección precoz de retinopatía diabética. *Med Clin*. 2003;121:446–52.
4. Hautala N, Hyytinen P, Saarela V, Hägg P, Kurikka A, Runtti M, et al. A mobile eye unit for screening of diabetic retinopathy and follow-up of glaucoma in remote locations in northern Finland. *Acta Ophthalmol*. 2009;87:912–3.
5. Vijan S, Hofer TP, Hayward RA. Cost-utility analysis of screening intervals for diabetic retinopathy in patients with type 2 diabetes mellitus. *JAMA*. 2000;283:889–96.
6. Sender Palacios MJ, Vernet Vernet M, Maseras Bové M, Salvador Playà A, Pascual Batlle L, Ondategui Parra JC, et al. Oftalmopatía en la diabetes mellitus: detección desde la Atención Primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;1:41–8.

Maria José Sender Palacios<sup>a,\*</sup>, Maria Vernet Vernet<sup>a</sup>  
y Mouafk Asaad<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Terrassa Nord, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Oftalmología, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mjsender@cst.cat](mailto:mjsender@cst.cat)

(M.J. Sender Palacios).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.012>